



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE TENNESSEE**  
**AUTORIZACIÓN HIPAA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE SALUD**

<b>Se divulgará información de:</b> NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ▶		<b>Fecha:</b>	<b>Identificación de la persona que firma:</b> <input type="checkbox"/> Misma <input type="checkbox"/> Padre o madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro representante autorizado (explicar) *Puede exigirse comprobante de autorización legal.	
<b>Domicilio</b>		<b>(Firma aquí de padre, madre o tutor si las leyes estatales exigen dos firmas)</b>		
Número de teléfono (con código de área) (    )	Ciudad			

Concedo mi permiso para divulgar las siguientes historias clínicas o expedientes que contengan información sobre mi salud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) y a sus representantes o contratistas autorizados. Los expedientes se usarán para ayudar a decidir si tendré derecho de recibir servicios o beneficios.

• Descripción específica de la información médica o de salud que se divulgará (\*Se exige una aprobación adicional para algunos expedientes.) \_\_\_\_\_

- \*El TDHS también puede obtener expedientes de remisión o tratamiento por alcohol o drogas: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
- \*El TDHS también puede obtener expedientes de prueba o tratamiento por VIH o SIDA: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
- El TDHS puede obtener mi información médica o de salud de las siguientes personas u organizaciones:

- Con respecto a las historias clínicas o expedientes de salud que he permitido divulgar, el TDHS puede pedir copias de mis historias clínicas o expedientes de salud, o hablar con médicos, hospitales, clínicas, residencias de ancianos u otro proveedor de atención médica privado o de gobierno, o compañías de seguros y planes de salud públicos o privados, u otra persona, institución o compañía que tenga información médica o de salud sobre mí.
- Concedo permiso al TDHS para que use copias en papel de este formulario para obtener información médica o de salud sobre mí. También, puede usar computadora o copias electrónicas o de fax de este formulario.

**USTED NO ESTÁ OBLIGADO A FIRMAR ESTE FORMULARIO.** Si usted no firma este formulario, o si revoca su permiso, tal vez el TDHS no pueda tomar una decisión sobre su caso a tiempo o tenga que rechazarlo.

- Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo. Después de firmar este formulario, puedo pedir a mis médicos o al hospital que me permitan ver una copia de la información enviada al TDHS.
- Este permiso tiene validez por 12 meses a partir de la fecha en que yo lo firme; a menos que revoque mi permiso antes de esa fecha.
- Usted tiene el derecho de revocar su permiso en cualquier momento. Usted no podrá recuperar la información que haya sido usada para realizar alguna acción en su caso, o que se nos haya proporcionado antes de que usted revocara su permiso.
- En cualquier momento, usted puede revocar su permiso para que obtengamos sus historias clínicas o expedientes de salud. Para ello, puede escribir al TDHS de su condado, o escribir a sus médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica, o compañías de seguro o plan de salud.
- Toda la información sobre usted que el TDHS obtenga está protegida por la Ley de la Privacidad (*Privacy Act*) de 1974, y por las leyes o reglamentos federales o estatales. No se divulgará a otras personas u organizaciones, a menos que las leyes o los reglamentos nos permitan o exijan que divulguemos dicha información, o que usted nos dé permiso para divulgarla. Si se nos exige o permite divulgar información sobre historias clínicas o expedientes de salud de usted, dicha información puede no estar protegida si la ley no exige la protección de la información a la persona u organización que la reciba.
- **Asimismo, podemos usar su información cuando comparemos expedientes por computadora.** La computadora compara nuestra información con la de otras instituciones del gobierno federal, estatal o local. Muchas instituciones usan la comparación de información para investigar si una persona recibe beneficios pagados por el gobierno federal o estatal. La comparación también comprueba que una persona tenga derecho a recibir ayuda. La ley nos permite hacerlo aunque usted no esté de acuerdo.
- Pida al TDHS que le explique si usted tiene preguntas sobre cómo y por qué se usa su información.

**Firma de la persona o el representante autorizado de la persona:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Se redactó esta autorización para cumplir con las disposiciones para la divulgación de información médica o de salud, según P. L. 104-191 ("HIPAA"); las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Reglamentos Federales (*Code of Federal Regulations*); la sección 290dd-2 del título 42 del Código de los EE.UU. (*U.S. Code*); la parte 2.31 del título 42 del CFR; la sección 7332 del título 38 del Código de los EE.UU. y T.C.A § 68-10-113.